

徳之島町長 殿

がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は、がん患者ウィッグ購入費助成事業交付（実施）要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏名	①			
	住所	〒			対象者との続柄
対象者	フリガナ				生年月日
	氏名	□申請者と同じ			年 月 日
	住所	〒			□申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他()	
過去の受給の有無※	有 ・ 無		※過去に鹿児島県内の市町村で購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。		
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。		助成申請額 (上限2万円)	
	年 月 日	円		円 (1,000円未満切り捨て)	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ()				本店 支店
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)
	普通・当座				
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 申請者との続柄:					

添付書類

- がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書等）
- ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- 本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、医療保険証等）
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- その他市（町村）長が必要と認める書類